

# PROGRAMA MEDICO FAMILIAR- SUNAT

## PACIFICO

### SOLICITUD DE FINANCIAMIENTO DE COPAGO PORCENTUAL POR HOSPITALIZACION

\_\_\_\_\_  
Nombre del trabajador titular

\_\_\_\_\_  
N° de Registro

\_\_\_\_\_  
Sede

Yo, \_\_\_\_\_ trabajador inscrito en el Programa Médico Familiar-PACIFICO solicito se me otorgue el financiamiento del copago que me corresponde asumir, originado por la hospitalización de: \_\_\_\_\_ efectuado en la Clínica \_\_\_\_\_

Asimismo, autorizo a la Intendencia Nacional de Recursos Humanos de la Superintendencia Nacional de Administración Tributaria, se me efectúe el descuento correspondiente a través de la Planilla de Haberes.

Lima \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20....

\_\_\_\_\_  
Firma del trabajador

Registro

DNI

Dir.

Telef.

## COMITÉ DE ADMINISTRACIÓN DE FESUNAT

### COMPROMISO DE DESCUENTO PARA CONSTITUCIÓN DE FONDO INTANGIBLE POR COBERTURA AL 100% POR FALLECIMIENTO E INCAPACIDAD PERMANENTE DEL TITULAR DEL PRÉSTAMO

Yo, \_\_\_\_\_, con DNI  
N° \_\_\_\_\_ autorizo a la Intendencia Nacional de Recursos Humanos de la  
Superintendencia Nacional de Aduanas y de Administración Tributaria, se me descuenta  
de la Planilla de Remuneraciones y/o de mis Beneficios Sociales, el importe mensual de  
S/.10.00 (diez soles), adicional a la cuota mensual por el préstamo vigente que mantengo  
con el FESUNAT.

Lima \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20....

\_\_\_\_\_  
Firma del trabajador  
Registro  
DNI  
Dir.  
Telef.